

កិច្ចបញ្ជូនការឧបត្ថម្ភក្មេង
CHILD SUPPORT REFERRAL

នាយកដ្ឋានឧបត្ថម្ភក្មេងនឹងប្រើលេខសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នក សំរាប់បង្កើតកិច្ចប្រតិបត្តិលើប្រាក់ឧបត្ថម្ភក្មេងក្នុងគោលបំណងដូចដែលបានពន្យល់ក្នុង Title IV-D នៃច្បាប់សន្តិសុខសង្គម ។

A. ព័ត៌មានអំពីឪពុកម្តាយរបស់ក្មេង																			
ម្តាយក្មេង					ឪពុកក្មេង														
ឈ្មោះ(នាមខ្លួន /កណ្តាល /ត្រកូល):					ឈ្មោះ(នាមខ្លួន /កណ្តាល /ត្រកូល):														
ឈ្មោះឯទៀតដែលប្រើ:					ឈ្មោះឯទៀតដែលប្រើ:														
លេខប្រអប់សំបុត្រ ឬផ្លូវអោសយដ្ឋាន:					លេខប្រអប់សំបុត្រ ឬផ្លូវអោសយដ្ឋាន:														
ក្រុង:		រដ្ឋ:		ស៊ីប្រូដ:		ក្រុង:		រដ្ឋ:		ស៊ីប្រូដ:									
លេខទូរស័ព្ទផ្ទះ:			លេខទូរស័ព្ទទូកដំណឹង:			លេខទូរស័ព្ទផ្ទះ:			លេខទូរស័ព្ទទូកដំណឹង:										
()			()			()			()										
លេខសន្តិសុខសង្គម:			ថ្ងៃខែកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ):			លេខសន្តិសុខសង្គម:			ថ្ងៃខែកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ):										
ទីកន្លែងកំណើត(ក្រុង /ខោនធី /រដ្ឋ /ប្រទេស):					ទីកន្លែងកំណើត(ក្រុង /ខោនធី /រដ្ឋ /ប្រទេស):														
សញ្ជាតិ:		កំពស់:		ទម្ងន់:		ពណ៌សក់:		ពណ៌ភ្នែក:		សញ្ជាតិ:		កំពស់:		ទម្ងន់:		ពណ៌សក់:		ពណ៌ភ្នែក:	
ភាសាកំណើត (បើសិនការទាក់ទងដែលត្រូវការក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស):					ភាសាកំណើត (បើសិនការទាក់ទងដែលត្រូវការក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស):														
បើសិនបានចុះឈ្មោះក្នុងកុលសម្ព័ន្ធតំណួរ, ឈ្មោះនៃកុលសម្ព័ន្ធ:					បើសិនបានចុះឈ្មោះក្នុងកុលសម្ព័ន្ធតំណួរ, ឈ្មោះនៃកុលសម្ព័ន្ធ:														
រស់នៅលើដីដែលបម្រុងទុកឲ្យឥណ្ឌាន: <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ /ចាស់					រស់នៅលើដីដែលបម្រុងទុកឲ្យឥណ្ឌាន: <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ /ចាស់														
ឈ្មោះនិយោជកចុងក្រោយបង្អស់:					ឈ្មោះនិយោជកចុងក្រោយបង្អស់:														
លេខប្រអប់សំបុត្រ ឬផ្លូវអោសយដ្ឋានរបស់និយោជកដកអ្នក:					លេខប្រអប់សំបុត្រ ឬផ្លូវអោសយដ្ឋានរបស់និយោជកដកអ្នក:														
ទីក្រុងរបស់និយោជក:		រដ្ឋ:		ស៊ីប្រូដ:		ទីក្រុងរបស់និយោជក:		រដ្ឋ:		ស៊ីប្រូដ:									
លេខទូរស័ព្ទរបស់និយោជក:					លេខទូរស័ព្ទរបស់និយោជក:														
()					()														
ឈ្មោះឪពុករបស់ម្តាយ:			ឈ្មោះម្តាយរបស់ម្តាយមិនទាន់រៀបការ:			ឈ្មោះឪពុករបស់ឪពុក:			ឈ្មោះម្តាយរបស់ឪពុកមិនទាន់រៀបការ:										
B. ទីលំនៅរបស់ក្មេង																			
ក្មេងទាំងអស់ដែលរាយឈ្មោះនៅក្នុងទំព័រទី 2 រស់នៅជាមួយ: <input type="checkbox"/> ម្តាយ <input type="checkbox"/> ឪពុក <input type="checkbox"/> អ្នកឯទៀត (សូមបញ្ជាក់) : _____																			
C. បើសិនជា ក្មេងមិនរស់នៅជាមួយម្តាយ ឬឪពុក, សូមបំពេញផ្នែកនេះ:																			
ឈ្មោះរបស់អ្នក:					លេខប្រអប់សំបុត្រ ឬផ្លូវអោសយដ្ឋានរបស់អ្នក:														
លេខសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នក:					ក្រុងរបស់អ្នក:		រដ្ឋរបស់អ្នក:		ស៊ីប្រូដរបស់អ្នក:										
លេខទូរស័ព្ទរបស់អ្នក:					ទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកទៅនឹងក្មេង:														

D. ព័ត៌មានអំពីក្មេងដែលអ្នកចង់ឲ្យគេទទួលបានប្រាក់ឧបត្ថម្ភក្មេង			
រាយឈ្មោះក្មេងដែលឱក្ខណៈមានឈ្មោះនៅទំព័រទី 1 ហើយដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នកតែប៉ុណ្ណោះ ។ ប្រើក្រណាត់បន្តបន្ទាប់បន្សំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ ។			
ឈ្មោះក្មេង(នាមខ្លួន /កណ្តាល /ត្រកូល):	ភេទ:	លេខសន្តិសុខសង្គម:	តើឱក្ខណៈបានចុះហត្ថលេខាលើសំបុត្រកស្មតាជាឱក្ខណៈ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស
ថ្ងៃខែកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ):	ទីកន្លែងកំណើត(ក្រុង /ខោនធី /រដ្ឋ /ប្រទេស):		
តើម្តាយចាប់មានផ្ទៃពោះជាមួយក្មេងនេះនៅក្នុងរដ្ឋ វ៉ាស៊ីនតោនឬទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	បើសិនជាទេ តើកន្លែងណា (ខោនធី /រដ្ឋ):		
តើមានដីកាបញ្ជាឧបត្ថម្ភសម្រាប់ក្មេង នេះឬទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	បើសិនមាន បញ្ជាក់ថ្ងៃចេញដីកា(ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ):	បើសិនមាន បញ្ជាក់ទីកន្លែងចេញដីកា(ខោនធី /រដ្ឋ /កុលសម្ព័ន្ធ):	

ឈ្មោះក្មេង(នាមខ្លួន /កណ្តាល /ត្រកូល):	ភេទ:	លេខសន្តិសុខសង្គម:	តើឱក្ខណៈបានចុះហត្ថលេខាលើសំបុត្រកស្មតាជាឱក្ខណៈ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស
ថ្ងៃខែកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ):	ទីកន្លែងកំណើត(ក្រុង /ខោនធី /រដ្ឋ /ប្រទេស):		
តើម្តាយចាប់មានផ្ទៃពោះជាមួយក្មេងនេះនៅក្នុងរដ្ឋ វ៉ាស៊ីនតោនឬទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	បើសិនជាទេ តើកន្លែងណា (ខោនធី /រដ្ឋ):		
តើមានដីកាបញ្ជាឧបត្ថម្ភសម្រាប់ក្មេង នេះឬទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	បើសិនមាន បញ្ជាក់ថ្ងៃចេញដីកា(ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ):	បើសិនមាន បញ្ជាក់ទីកន្លែងចេញដីកា(ខោនធី /រដ្ឋ /កុលសម្ព័ន្ធ):	

ឈ្មោះក្មេង(នាមខ្លួន /កណ្តាល /ត្រកូល):	ភេទ:	លេខសន្តិសុខសង្គម:	តើឱក្ខណៈបានចុះហត្ថលេខាលើសំបុត្រកស្មតាជាឱក្ខណៈ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស
ថ្ងៃខែកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ):	ទីកន្លែងកំណើត(ក្រុង /ខោនធី /រដ្ឋ /ប្រទេស):		
តើម្តាយចាប់មានផ្ទៃពោះជាមួយក្មេងនេះនៅក្នុងរដ្ឋ វ៉ាស៊ីនតោនឬទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	បើសិនជាទេ តើកន្លែងណា (ខោនធី /រដ្ឋ):		
តើមានដីកាបញ្ជាឧបត្ថម្ភសម្រាប់ក្មេង នេះឬទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	បើសិនមាន បញ្ជាក់ថ្ងៃចេញដីកា(ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ):	បើសិនមាន បញ្ជាក់ទីកន្លែងចេញដីកា(ខោនធី /រដ្ឋ /កុលសម្ព័ន្ធ):	

ថ្ងៃបានរៀបការ(ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ):	កន្លែងបានរៀបការ(ខោនធី /រដ្ឋ):
ថ្ងៃបានលែងលះគ្នា(ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ):	កន្លែងបានលែងលះគ្នា(ខោនធី /រដ្ឋ):
ថ្ងៃបានចេញទោសនាបែកគ្នា(ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ):	កន្លែងបានចេញទោសនាបែកគ្នា(ខោនធី /រដ្ឋ):

F. ប្រាក់រំលែកប្តី និងព័ត៌មានបង់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភក្មេង	
តើអ្នកឬក្មេងដែលរាយឈ្មោះខាងលើធ្លាប់ដែលបានទទួលជំនួយរំលែកប្តីក្នុងរដ្ឋដទៃឬទេ? <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	
បើសិនជាបានទទួល នៅកន្លែងណា(ខោនធី /រដ្ឋ):	បើសិនជាបានទទួល តើនៅពេលណា(ខែ/ឆ្នាំ):
បើសិនជាមានដីកាឧបត្ថម្ភក្មេងមួយសន្លឹក(ប្រើទិស) សម្រាប់ក្មេងដែលបានរាយឈ្មោះខាងលើ នឹងអ្នកធ្លាប់បានទទួលប្រាក់ឧបត្ថម្ភក្មេងសម្រាប់ក្មេងទាំងនោះ តើចំនួនប្រាក់ដែលបានទទួលទាំងអស់ប៉ុន្មាន? \$ _____ ។ សូមផ្ញើដីកាឧបត្ថម្ភទាំងអស់មកជាមួយ ។	

G. សេចក្តីប្រកាស	
ខ្ញុំយល់ព្រមប្រាប់នាយកដ្ឋានឧបត្ថម្ភក្មេងជាបន្ទាន់ ដោយការសរសេរ ទូរព័ត៌មានឬ ប្រព័ន្ធស្រាស់ប្តូរព័ត៌មានដែលមានការទាក់ទងទៅនឹងការប្រមូលប្រាក់ឧបត្ថម្ភ ក្មេង ពីឱក្ខណៈដែលទទួលខុសត្រូវសម្រាប់បង់ប្រាក់ឧបត្ថម្ភ ។	
ខ្ញុំបញ្ជាក់ ឬប្រកាសដោយនេត្រាយទោសបញ្ញត្តិការរក្សាសិទ្ធិ នៅក្រោមច្បាប់របស់រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន ដែលអ្វីបានចុះខាងលើគឺពិត និង ត្រឹមត្រូវ ។	
បានចុះហត្ថលេខានៅ _____, រដ្ឋវ៉ាស៊ីនតោន ។	
ហត្ថលេខា:	ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ:
គ្មានធនណាម្នាក់ ដោយសារតែភ្នាក់ងារសាសន៍ ពិណសម្បត្តិ សញ្ញាតិដើម គោលជំនឿ សាសនា ភេទ អាយុ ឬពិការភាព ត្រូវគេប្រកាន់ប្រឆាំងក្នុងកិច្ចការងារ កិច្ចបំរើ ឬក្នុងគ្រប់ទិដ្ឋភាពណាមួយនៃសកម្មភាពទាំងឡាយ ក្នុងកម្មវិធីនេះឡើយ។ ប្រកាសនេះអាចមានជាទម្រង់ផ្សេងៗគ្នាជាមួយស្នើសុំ។	